

Chapitre 11

La violence auto-infligée : le suicide et les tentatives de suicide

Brian L. Mishara
Université du Québec à Montréal

Messages clés

- Le suicide se définit comme un acte qui consiste à se donner délibérément la mort. Les idées suicidaires, la planification d'un suicide, la tentative de suicide sont également des manifestations associées à cette problématique.
- En 2013, le taux ajusté de suicide était de 13,3 décès par 100 000 personnes-années, ce qui place le Québec au troisième rang des provinces ayant le taux le plus élevé. Le taux de suicide des hommes québécois est de trois fois supérieur à celui des femmes, et les personnes de 35 à 64 ans présentent le taux de suicide le plus élevé.
- Après une diminution importante au cours de la dernière décennie, le taux de suicide au Québec semble maintenant stable.
- Le suicide étant le résultat d'un cumul de facteurs de risque et de protection à un niveau individuel, relationnel, communautaire et sociétal en interaction, il n'y a pas de solution unique pour prévenir le suicide. Une stratégie de prévention doit donc s'appuyer sur une série de mesures agissant sur une variété de facteurs à la fois.
- Des personnes qui cumulent d'importants facteurs de risque (comme l'exposition à de la violence) ne sont pas nécessairement à haut risque suicidaire à cause de la présence de puissants facteurs de protection (comme le soutien social). Il est donc important de miser également sur ce type de facteurs pour prévenir le suicide.
- Une des forces du Québec est l'existence d'organismes, tant dans le réseau de la santé et des services sociaux que dans le réseau communautaire, fortement engagés dans des initiatives pour prévenir le suicide. L'un des défis est maintenant d'adapter l'offre de services en prévention du suicide aux médias numériques.

Introduction

Chaque année, il y a plus de personnes qui meurent par suicide dans le monde que de victimes de guerre, de conflits armés, d'attentats terroristes et d'homicides réunies [1]. Le suicide existe dans tous les pays du monde et n'épargne aucun groupe; il est présent à tous les âges, affecte tous les groupes ethniques, sociaux et culturels, les riches aussi bien que les pauvres. Les personnes souffrant d'un trouble de santé mentale en sont cependant particulièrement touchées. Depuis les années 70, le Québec a acquis la réputation – non justifiée – d'avoir un des taux de suicide les plus hauts au monde. Il est vrai qu'il y a eu une augmentation importante des décès par suicide dans les années 70, que les taux ont été relativement stables dans les années 80, et qu'il y avait une hausse dans les années 90. Cependant, depuis 1999, soit une année après l'adoption de la Stratégie québécoise d'action face au suicide [2], le taux de suicide au Québec a diminué chaque année de 4,1 % en moyenne pour les hommes et de 2,6 % pour les femmes. On a également observé une impressionnante diminution des suicides chez les jeunes Québécois : ainsi, en 2009, le taux était à moins de la moitié par rapport à 1999.

Nous commençons ce chapitre par les définitions des comportements suicidaires. Ensuite, nous dressons un portrait de la situation au Québec, en comparaison avec le Canada et différents pays, ainsi que de son évolution dans le temps. Nous présentons un modèle écologique pour comprendre les facteurs de risque et les facteurs de protection associés au suicide, de même que le modèle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur les liens entre les facteurs de risque de suicide et les interventions pertinentes [1]. Nous abordons enfin les enjeux liés au suicide à différents stades de la vie, les modèles explicatifs, les mesures de prévention du suicide et de promotion de la santé mentale actuellement implantées au Québec, ainsi que les actions à privilégier dans l'avenir.

Définitions

Suicide

L'OMS définit le suicide comme un acte qui consiste à se donner délibérément la mort [1]. Depuis quelques années, à l'échelle internationale, plusieurs rapports sur le sujet ont parlé de « suicide complété » pour identifier les décès par suicide. Cette expression a remplacé celle de « suicide réussi », qui est actuellement considérée comme inappropriée puisqu'on ne veut pas qualifier un décès par suicide de réussite. Aujourd'hui, on a tendance à utiliser simplement le mot « suicide » ou les mots « mort par suicide » au lieu de « suicide complété ».

Tentative de suicide

Le terme « tentative de suicide » désigne tout comportement suicidaire non mortel et tout acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'autoagression, avec intention de mourir ou pas [1]. Il s'agit d'une définition dont la portée est plus large que celle utilisée dans un grand nombre de recherches, qui distinguent souvent l'automutilation avec intention de mourir de celle sans cette intention. Dans les faits, les recherches en Europe ont davantage tendance à regrouper tout comportement autodestructeur sous la rubrique « *deliberate self-harm* » (c'est-à-dire des conduites automutilatrices ou blessures auto-infligées). En Amérique du Nord et dans d'autres pays, les recherches divisent généralement ces comportements en deux catégories, soit l'automutilation sans intention suicidaire et les tentatives de suicide. Dans le présent chapitre, nous adoptons l'approche nord-américaine, qui différencie les tentatives de suicide et les comportements d'automutilation sans intentions suicidaires.

Idéations suicidaires

Les idéations suicidaires réfèrent aux pensées (cognitions) ou à l'intention de s'enlever la vie. Les recherches indiquent que ce sont les idéations « sérieuses » qui sont davantage associées au risque de tentative de suicide et de suicide. Certaines recherches incluent une gamme de comportements et de pensées suicidaires sous la rubrique « comportements suicidaires », qui peuvent inclure les idéations suicidaires, la planification du suicide, la tentative de suicide et le suicide.

Comprendre les liens entre le suicide et la violence

Selon Freud (1917), les comportements suicidaires constituent une façon d'exprimer des pulsions destructrices, qui peuvent être exprimées envers autrui ou envers soi-même [3,4]. Dans cette perspective, les individus qui adoptent des comportements de violence envers autrui auraient moins tendance à être suicidaires, les personnes suicidaires exprimant leurs pulsions destructrices envers elles-mêmes. Cependant, en général, les recherches n'appuient pas nécessairement la théorie de Freud, plus particulièrement dans les pays de l'Ouest où Freud a formulé ses théories.

En effet, à partir des principales recherches qui ont analysé la corrélation entre les taux de suicide et les taux d'homicide, la force et le sens de l'association sont variables selon les études et les régions comparées. Nous pouvons conclure qu'en Europe un plus haut taux d'homicide est associé à un plus haut taux de suicide, mais cette relation n'est pas présente dans plusieurs autres parties du monde. Certaines recherches ont même démontré une relation inverse entre les taux de suicide et d'homicide dans les régions de l'Asie-Pacifique et des Amériques. Notons cependant que dans ces études, il y a toujours un risque d'erreur écologique : en effet, les corrélations entre ces données populationnelles n'indiquent pas si les individus avec comportements suicidaires sont ceux qui sont plus ou moins à risque de commettre des homicides, et vice-versa.

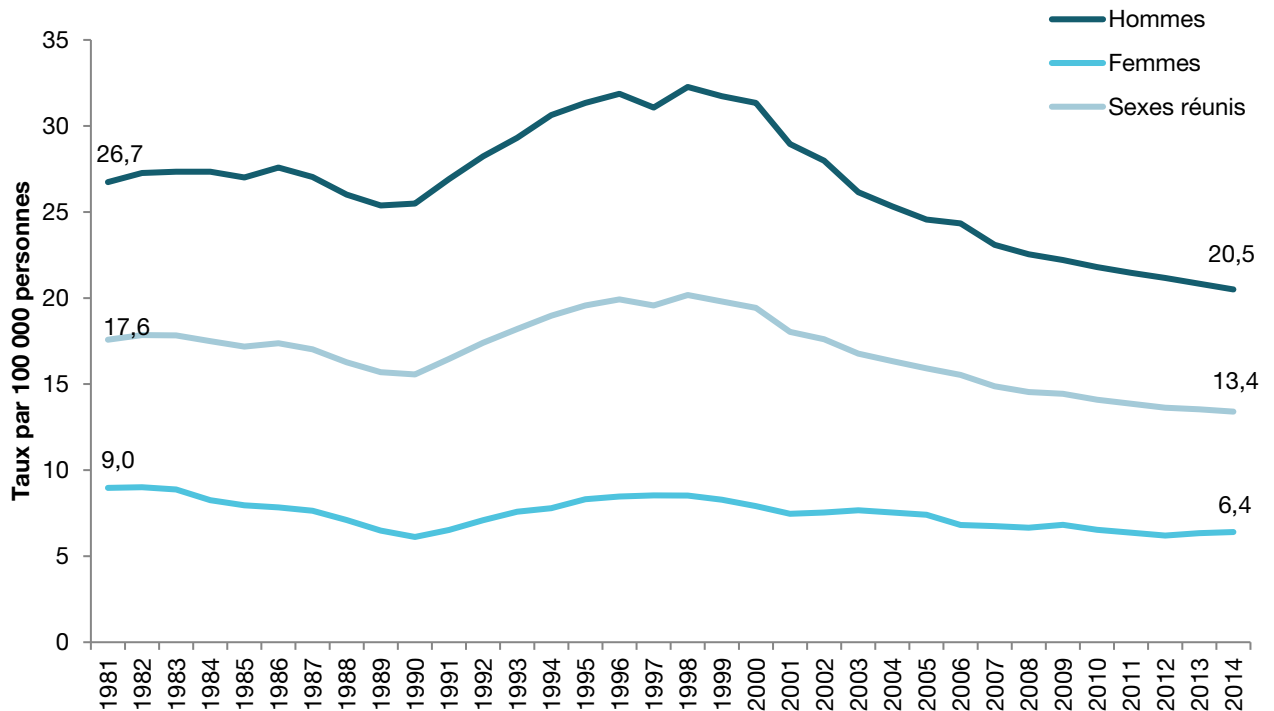
Par ailleurs, les recherches indiquent que les personnes incarcérées ont un risque suicidaire plus élevé que la population en général [5,6]. En outre, les études qui comparent les prisonniers qui font des tentatives ou qui meurent par suicide à ceux qui n'ont pas de tels comportements indiquent que les premiers ont plus de comportements associés à la violence envers autrui [7,8]. À l'opposé, le fait d'être victime de violence dans la population en général est un facteur de risque de suicide [5,9,10]. En somme, les recherches indiquent que tant les auteurs que les victimes de violence sont plus à risque suicidaire, et que le suicide est plus présent dans les milieux de vie où il y a plus de violence [11,12].

Ampleur des comportements suicidaires au Québec

Taux de suicide au Québec

Au Québec, le taux ajusté de suicide en 2013 est de 13,3 décès par 100 000 personnes-années (figure 1), ce qui place le Québec au troisième rang des provinces ayant les taux les plus élevés [13]. Ce taux se situe au-dessus de la moyenne mondiale (11,4 décès par 100 000 personnes-années) et de la moyenne observée dans les pays à revenu élevé (12,7 décès par 100 000 personnes-années) [1]. Chez les hommes seulement, le taux de 20,2 observé au Québec est supérieur au taux mondial (15,0 décès par 100 000 personnes-années) [1] et un peu au-dessus du taux observé dans les pays à revenu élevé (19,9 décès par 100 000 personnes-années) [1]. À l'opposé, le taux de suicide de 6,7 décès par 100 000 personnes-années observé chez les femmes au Québec est plus faible que celui de la moyenne mondiale (8,0 décès par 100 000 personnes-années) et légèrement plus élevé que ce qui est observé dans les pays à revenu élevé (5,7 décès par 100 000 personnes-années). Le taux de suicide des hommes au Québec est 3,4 fois plus élevé que celui des femmes, ce qui est comparable au rapport hommes-femmes des pays à revenu élevé, mais au-dessus de ce même rapport à l'échelle mondiale (1,9) [1].

Figure 1 Taux ajusté^{1,2} de mortalité par suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 1981 à 2014³



¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2001.

² Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans.

³ Données provisoires pour les années 2013 et 2014.

Sources : MSSS, Fichier des décès de 1981 à 2012 et Bureau du coroner du Québec pour 2013 et 2014.

MSSS, Perspectives démographiques basées sur le recensement de 2006.

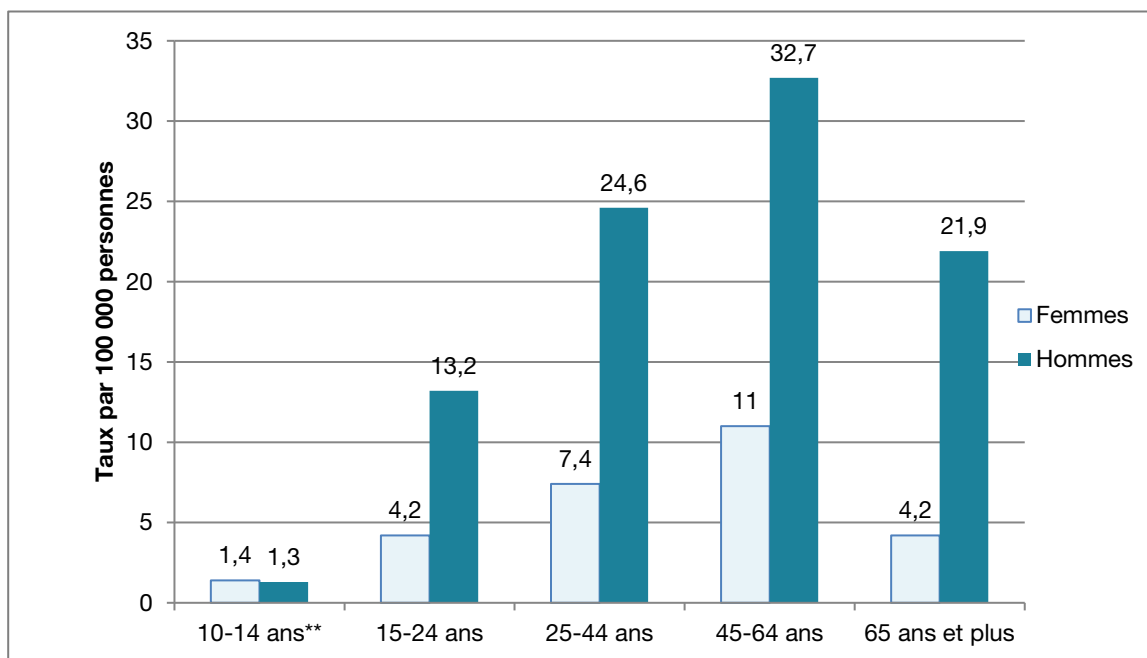
Évolution

Entre 2002 et 2012, le taux de suicide standardisé à l'échelle mondiale a diminué de 26 % (23 % chez les hommes et 32 % chez les femmes), mais avec des différences importantes entre les pays. Il est à noter qu'un tiers des pays a observé une augmentation de plus de 10 % du taux de suicide pendant ces dix années [1]. Au Canada, le taux de suicide est resté relativement stable durant ces dix ans, avec un taux standardisé des deux sexes combinés de 11,3 : 19,3 pour les hommes et 5,4 pour les femmes en 2012 [14]. Cependant, au Québec, le taux de mortalité par suicide a subi une modification de trajectoire : après des augmentations annuelles moyennes importantes au cours des années 70 et 90, ce taux a diminué chaque année de 4,1 % après 1999 et pendant les dix années suivantes pour les hommes, et de 2,6 % par année pour les femmes, avec une diminution moyenne pour les deux sexes de 3,2 % par année [13]. On a observé ces diminutions pour tous les groupes d'âge et presque toutes les régions sociosanitaires du Québec, mais de manière plus importante chez les adolescents, qui ont vu leur taux de suicide diminuer en moyenne de 9,5 % par année. Les baisses des taux de suicide au Québec ont commencé une année après l'adoption et le début de la mise en œuvre de la Stratégie québécoise d'action face au suicide [2]. Malheureusement, les données provisoires les plus récentes semblent indiquer une stabilisation du taux de suicide au Québec pour la période de 2011 à 2014.

Groupes d'âge les plus touchés

Au Québec, les personnes âgées de 35 à 64 ans présentent le taux le plus élevé, alors que les jeunes (15 à 19 ans) ont le taux le plus bas (figure 2). Enfin, il y a très peu de décès par suicide chez les enfants de 14 ans et moins. Cette situation est en contraste avec celle d'avant 1999. En effet, le taux de suicide des aînés a diminué depuis 1999, mais à un rythme beaucoup plus lent que celui des adolescents, de sorte que ce sont ces derniers qui, aujourd'hui, présentent les plus bas taux de suicide (si on exclut le groupe des 14 ans et moins), et non les aînés comme ce qui était observé avant 1999. Par ailleurs, le faible taux de suicide des aînés au Québec se distingue de la situation observée au niveau mondial, puisque ailleurs dans le monde, les aînés ont souvent le taux de suicide le plus élevé parmi tous les groupes d'âge. Selon l'OMS, « les taux de suicide les plus élevés sont enregistrés chez les personnes de 70 ans et plus, tous sexes confondus, dans quasiment toutes les régions du monde, à quelques exceptions près, où les taux de suicide les plus élevés enregistrés sont chez les jeunes » [1].

Figure 2 Taux de suicide selon le groupe d'âge et le sexe, ensemble du Québec, 2012-2014¹



¹ Données provisoires pour les années 2013 et 2014.

** Coefficient de variation supérieur à 33 %, la valeur présentée est à titre indicatif.

Sources : MSSS, Fichier des décès de 2012, et Bureau du coroner du Québec pour 2013 et 2014.

MSSS, Perspectives démographiques basées sur le recensement de 2006.

Répartition du suicide au Québec selon les régions ou les communautés

Trois régions sociosanitaires présentent des taux de suicide significativement plus élevés que dans l'ensemble du Québec : Abitibi-Témiscamingue, Mauricie et Centre-du-Québec, ainsi que Chaudière-Appalaches. Les régions de Montréal et de la Montérégie ont actuellement un taux significativement plus faible que pour le reste du Québec. Le portrait actuel des régions ayant un taux plus haut ou plus bas que la moyenne diffère de celui des années 70 et 80, alors que le plus haut taux de suicide au Québec était à Montréal, et que les taux étaient nettement plus faibles dans les régions éloignées.

En général, au Québec, les régions avec une forte proportion d'anglophones affichent des taux de suicide moins élevés que les régions avec une forte proportion de francophones [15]. Cependant, l'origine ethnique ou linguistique des personnes décédées n'est pas indiquée dans les dossiers des coroners au Québec et ailleurs au Canada.

Plusieurs recherches ont par contre clairement démontré que les taux de suicide sont beaucoup plus élevés chez les Autochtones que dans le reste de la population. Bien qu'il y ait d'énormes variations dans l'ensemble des collectivités, des bandes et des nations, le taux de suicide global dans les collectivités de Premières Nations est deux fois plus élevé que dans la population canadienne en général; chez les Inuits, il est encore plus élevé – de 6 à 11 fois supérieur à celui de la population générale [16,17]. Au surplus, les taux de suicide chez ces populations sont généralement en augmentation. Dans les communautés inuites du Canada, les taux de suicide sont en moyenne neuf fois plus élevés que dans le reste du pays [18]. Au Nunavik, le taux de suicide était de 113,5 par 100 000 habitants par année pour la période de 2009-2013. Dans l'ensemble des régions autochtones, ce sont les jeunes âgés de 15 à 29 ans qui ont les plus hauts taux de suicide [19]. Dans les communautés inuites, chez les 15 à 29 ans, les taux sont presque 40 fois plus élevés que dans le reste du Canada [18].

Les tentatives de suicide

Selon l'OMS, il y a au moins trente tentatives de suicide pour chaque décès par suicide [1]. Il existe deux méthodes principales utilisées pour déterminer les taux de tentatives de suicide : l'autodéclaration des comportements suicidaires selon des enquêtes effectuées auprès d'un échantillon de la population, et les données provenant des établissements de la santé qui traitent les personnes ayant fait une tentative de suicide. Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* [20], 0,4 % de la population québécoise de 15 ans et plus (0,3 % des hommes et 0,5 % des femmes) rapporte avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois. Cette enquête rapporte que 2,8 % de la population (2,6 % des hommes et 3,0 % des femmes) a pensé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois. Ces taux se comparent aux données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, réalisée en 2012 [14], qui rapporte que 3,9 % (3,5 % des hommes et 4,3 % des femmes) au Québec ont pensé au suicide au cours des 12 derniers mois. Le pourcentage de personnes ayant pensé au suicide en 2012 est comparable au taux en 2002 de 3,8 % [21].

Étant donné qu'il n'existe pas de registre national des tentatives de suicide, il est difficile de tirer des conclusions sur les tentatives de suicide à partir du nombre de personnes traitées par les services médicaux selon les données d'hospitalisation. Généralement, le type de blessure est indiqué dans les dossiers médicaux (ex. : empoisonnement, lacération), mais sans indication sur les causes de la blessure. S'il est clair que le nombre de tentatives est beaucoup plus élevé que celui des décès par suicide, plus de recherches et une meilleure standardisation de codification des données par les médecins et les établissements sont nécessaires pour déterminer avec précision les taux de tentatives de suicide au Québec et au Canada.

Facteurs de risque et facteurs de protection

Le tableau 1 présente des facteurs de risque et des facteurs de protection associés aux comportements suicidaires selon le modèle écologique. En effet, l'inverse des facteurs de risque peut constituer des facteurs de protection. Par exemple, un manque de soutien social constitue un facteur de risque important, mais le fait d'avoir un bon réseau de soutien social constitue un facteur de protection important. Ce tableau constitue une version modifiée du modèle proposé par l'OMS dans son rapport *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondiale* [1], présentant les principaux facteurs de risque et de protection du suicide ainsi que les interventions pertinentes. Certains facteurs de risque bien démontrés dans les études, et qui ont été couverts ailleurs dans le rapport de l'OMS ou dans d'autres recensions en prévention du suicide, ont été ajoutés à la figure originale de l'OMS.

Tableau 1 Exemples des facteurs de risque du suicide selon le modèle écologique, associés aux interventions préventives

	Facteurs de risque	Interventions pertinentes associées
Société	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attitudes et valeurs de l'acceptabilité du suicide 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilisation concernant la réalité du suicide, l'aide disponible et la façon de trouver l'espoir
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accès aux moyens 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Restrictions de l'accès aux moyens
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Couverture médiatique et utilisation inappropriée des médias sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Couverture médiatique responsable et pratiques d'utilisation des médias sociaux appropriées
Milieu de vie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traumatismes, violence interpersonnelle, mauvais traitements et négligence 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Politiques et interventions visant à diminuer les traumatismes, la violence interpersonnelle, les mauvais traitements et la négligence
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de soutien social 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Politiques et programmes qui favorisent l'intégration sociale
Individu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tentatives de suicide antérieures 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivis post-tentative
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Troubles de santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traitement des troubles mentaux et diminution de la marginalisation des personnes avec une maladie mentale
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque d'information sur l'aide disponible et sur la façon de réagir aux idéations suicidaires d'un pair 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informer sur les ressources d'aide disponible et sur la façon de réagir aux idéations suicidaires d'un pair
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usage nocif d'alcool 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Politiques visant à réduire l'usage nocif d'alcool

Tous les facteurs inclus dans le tableau 1 sont appuyés par des recherches empiriques. Bien que certains de ces facteurs sont peu ou pas modifiables (ex. : sexe, catastrophes naturelles, guerres, etc.), ils peuvent avoir des implications importantes pour la prévention. Ils peuvent notamment nous aider à identifier les groupes à risque et à développer des pratiques de prévention spécifiques pour certaines populations cibles. Par exemple, au Québec, il y a 3,4 fois plus de décès par suicide chez les hommes que chez les femmes. Si l'on accepte l'explication selon laquelle la différence entre les hommes et les femmes est liée au fait que les hommes consultent moins les spécialistes en santé mentale, appellent moins souvent les centres de prévention du suicide, et n'expriment pas leurs symptômes de dépression et d'anxiété à leur médecin autant que les femmes, on peut penser modifier les comportements de recherche d'aide des hommes par des interventions visant à valoriser la demande d'aide, par exemple par des campagnes publicitaires dans le cadre d'une stratégie préventive. De même, bien qu'on peut – selon une approche de santé publique – implanter des politiques publiques pour diminuer le taux de chômage, qui est identifié comme facteur de risque dans de nombreuses recherches, on peut aussi intervenir davantage auprès des personnes plus à risque, par exemple à la suite d'une fermeture d'usine, afin de prévenir le suicide chez les personnes ayant perdu leur emploi.

Le recours aux données probantes en prévention du suicide

Pour chaque niveau de facteurs du modèle écologique, un certain nombre d'interventions spécifiques peut être dégagé. Puisque le suicide est multifactoriel, chaque intervention peut contribuer à diminuer l'incidence des comportements suicidaires et doit faire partie des stratégies nationales de prévention du suicide. Le recours à des données probantes en prévention du suicide peut comporter des défis importants. Tout d'abord, pour certains types d'intervention, il existe une quantité limitée d'évidences scientifiques, soit en raison des intérêts de recherche privilégiés en suicidologie, ou en raison d'enjeux éthiques et pratiques dans l'évaluation de certaines interventions, par exemple des méthodes de devis randomisés en double aveugle [22]. Aussi, certaines actions sont évaluées ou reconnues pour leur effet sur le suicide, et d'autres sur leurs effets sur les déterminants du suicide. La grande majorité des recherches en suicidologie sont effectuées par des psychiatres et des psychologues cliniciens, de sorte qu'elles portent souvent sur les médicaments, le traitement hospitalier et les psychothérapies. Il y a relativement peu de recherches sur l'aide téléphonique, les projets communautaires, la formation de sentinelles et d'intervenants, ainsi que sur les autres approches non médicales de prévention du suicide. Souvent, il est éthiquement inacceptable d'utiliser des devis de recherche en double aveugle pour déterminer si un type d'intervention parvient à diminuer le suicide, puisque cela nécessite de traiter seulement certaines personnes à risque suicidaire (le groupe expérimental) et de ne pas traiter les autres (le groupe témoin). Par ailleurs, il est souvent difficile de constituer un groupe de comparaison pour valider une intervention. Par exemple, si on veut déterminer que le fait d'appeler aux centres de prévention du suicide diminue le risque de faire une tentative, on ne peut pas utiliser les personnes qui n'appellent pas comme groupe de comparaison. En effet, les individus qui n'appellent pas peuvent être différents (et donc non comparables) de ceux qui appellent : ils peuvent être plus à risque parce qu'ils ne sont pas prêts à demander ou recevoir de l'aide, ou ils peuvent être moins à risque et ne pas appeler parce qu'ils sont capables de résoudre leurs problèmes par eux-mêmes.

Dans les sections suivantes, les principaux facteurs de risque et de protection seront présentés, ainsi que les interventions préventives qui y sont associées; la nature des données probantes qui soutiennent la validité de l'intervention sera mentionnée, et ce, en se basant sur les recherches menées par l'auteur [23–26], le résumé des meilleures pratiques en prévention du suicide de l'OMS [1], et une récente recension systématique des méta-analyses et recherches empiriques en prévention du suicide [27].

Les facteurs de risque et de protection au niveau sociétal et les actions préventives

Attitudes et valeurs sociétales

Les attitudes et les valeurs d'une société au regard de l'acceptabilité du suicide comme méthode pour résoudre ses problèmes ou mettre fin à une souffrance psychique sont associées aux comportements suicidaires. Quand on croit que l'aide est accessible et disponible [28], et que vouloir régler ses problèmes par le suicide est tragique, on aura tendance à chercher de l'aide plutôt qu'à adopter des comportements suicidaires [29]. Cependant, s'il y a stigmatisation des personnes qui veulent obtenir de l'aide pour des comportements suicidaires, des problèmes de santé mentale, d'abus de substances ou autres, moins de personnes chercheront et recevront l'aide dont elles ont besoin. L'OMS recommande la mise en place de programmes de sensibilisation de la population par des campagnes médiatiques portant sur l'importance d'offrir et de demander de l'aide pour les personnes suicidaires et celles qui vivent avec un trouble mental ou d'utilisation de substances, et ce, afin de réduire la stigmatisation et favoriser l'utilisation des ressources d'aide [1].

L'accès aux moyens

Avoir accès aux moyens de se suicider constitue un facteur de risque majeur de suicide. L'accès direct aux armes à feu, à un lieu en hauteur, à une voie ferrée, à un poison, à des médicaments, ainsi qu'à d'autres méthodes létales augmente significativement le risque de suicide [27]. Les préférences en matière de moyens pour se suicider dépendent des contextes culturels [30,31] et peuvent changer dans le temps [32,33]. Par exemple, les États-Unis sont le seul pays au monde où les armes à feu constituent le moyen le plus utilisé pour se suicider [34,35]. L'immolation est un moyen fréquemment utilisé en Asie, mais rarement employé au Canada. Par contre, au Canada, l'utilisation de la pendaison est en hausse depuis plusieurs années. Les recherches démontrent clairement que les interventions visant à réduire l'accès aux moyens utilisés pour se suicider diminuent les décès par suicide [27,36,37]. Zalsman et ses collaborateurs concluent que des recherches convaincantes de haute qualité indiquent particulièrement que les restrictions de la quantité d'analgésiques disponibles en vente libre réduisent les suicides de 43 %, et que le contrôle d'accès aux lieux élevés d'où les personnes peuvent sauter, ainsi que le contrôle de l'accès aux armes à feu sont également des interventions qui bénéficient d'un bon appui empirique démontrant leur efficacité [27].

L'usage nocif d'alcool

Dans le monde, entre 10 % et 70 % des personnes qui sont décédées par suicide avaient consommé de l'alcool avant leur mort. Par ailleurs, une récente méta-analyse révèle que les personnes qui ont fait une tentative de suicide ont près de sept fois plus de chance d'avoir consommé de l'alcool comparativement à une population contrôle [38]. Au Québec, la moitié des personnes qui meurent par suicide ont consommé de l'alcool [39,40]. Les études tendent à démontrer que le taux de suicide dans un pays est associé au niveau de consommation d'alcool. Ainsi, certains pays qui ont réussi à diminuer la consommation nocive d'alcool ont connu une diminution des taux de suicide [41,42]. Par exemple, dans les années 1985 à 1990 en Union soviétique (URSS), quand Mikhaïl Gorbatchev a fait significativement diminuer la vente de boissons alcoolisées, le taux de décès par suicide a chuté de façon significative [43]. Or, à peine quelques années plus tard, quand il a éliminé les restrictions sur la vente d'alcool et a fait diminuer les prix à cause de pressions politiques, le taux de consommation d'alcool est remonté, tout comme le taux de suicide.

La couverture médiatique et l'utilisation inappropriée des médias sociaux

Un grand nombre de recherches indiquent que la couverture médiatique sensationnaliste des suicides provoque une hausse immédiate des décès et tentatives de suicide chez les personnes vulnérables. L'OMS, l'Association canadienne pour la prévention du suicide et l'Association québécoise de prévention du suicide ont produit des guides qui décrivent les bonnes pratiques en matière de couverture médiatique du suicide [1,44,45]. Il existe maints exemples d'augmentation ou de « vagues » de suicides qui ont suivi une médiatisation inadéquate – par les médias traditionnels ou les médias sociaux – de décès par suicide d'un ou de plusieurs individus [46–48]. À l'inverse, les bonnes pratiques médiatiques peuvent diminuer les conduites suicidaires [49,50].

Aujourd'hui, la communication par Internet et les médias sociaux est devenue un moyen privilégié de communication sur le suicide. On utilise de plus en plus ces nouvelles technologies pour trouver de l'aide, mais aussi afin de se renseigner sur les méthodes pour se suicider [51]. Il existe peu de moyens de contrôle sur ce qui est affiché sur Internet, et la qualité de l'aide disponible est très inégale. L'Australie est le seul pays qui a adopté une loi interdisant la promotion du suicide sur Internet et les sites qui fournissent des renseignements sur les méthodes pour se suicider [52]. Actuellement, il y a une croissance exponentielle des services d'aide offerts par les nouvelles technologies, incluant les services d'aide par clavardage (*chat*), par messages textes et par courriel, dans les forums de discussion, etc. Il existe aussi des applications disponibles en ligne pour faire un autodiagnostic du risque suicidaire, et pour diminuer les préoccupations suicidaires. Quelques recherches tendent à démontrer l'utilité de ces nouvelles technologies en prévention du suicide [53–56]. Un réseau pancanadien de services d'aide pour personnes suicidaires – par clavardage et messages textes – sera établi avec la participation des centres de prévention du suicide du Québec, grâce au financement de ce projet pilote par Santé Canada.

Facteurs de risque et de protection liés au milieu de vie

Les expériences traumatiques, la violence interpersonnelle et les abus

Les expériences traumatiques, de même qu'un passé d'abus ou de violence interpersonnelle augmentent le risque suicidaire [25]. Leur impact sur le risque suicidaire est plus important chez les personnes déjà vulnérables : les personnes ayant déjà eu des comportements suicidaires, celles qui ont un trouble de santé mentale ou un problème de consommation de drogues ou d'alcool, ainsi que celles présentant d'autres facteurs de risque et peu de facteurs de protection. Les expériences traumatiques associées au risque suicidaire incluent les problèmes juridiques ou disciplinaires, les difficultés financières, les problèmes reliés aux études et au travail, le harcèlement, la violence, les agressions sexuelles ou psychologiques, le divorce des parents, de même que le placement en institution ou des signalements aux services de protection de la jeunesse. Les grands traumatismes de l'enfance sont aussi associés au risque de suicide, par exemple la perte de la mère à un jeune âge et le fait d'avoir été victime de négligence [57,58]. Les politiques gouvernementales visant à diminuer ce type de problèmes peuvent contribuer à diminuer les comportements suicidaires.

Le soutien social

Le soutien social est l'un des plus puissants facteurs de protection contre le suicide. L'Enquête Santé Québec a révélé que les personnes qui ont dit avoir un confident, soit une personne avec laquelle elles peuvent parler de leurs problèmes, avaient moins d'idées suicidaires par rapport aux personnes qui affirmaient ne pas avoir de confident [59]. Les personnes isolées sont plus à risque suicidaire et le fait de vivre en famille ou en relation de couple protège contre le suicide [26]. Les recherches portant sur ce facteur de protection indiquent que le soutien à l'intégration sociale peut avoir un puissant impact en prévention du suicide, particulièrement pour des personnes vulnérables, par exemple celles vivant avec un trouble mental, qui risquent d'être marginalisées socialement [1].

Cependant, si les relations familiales sont très stressantes ou conflictuelles, le risque suicidaire peut augmenter. Par exemple, lorsqu'il y a de la violence conjugale, le risque de tentatives de suicide augmente [60,61]. Ce facteur est non négligeable si on considère qu'à l'échelle mondiale, 35 % des femmes ont subi des violences physiques ou sexuelles de la part de leur partenaire, ou encore de violences sexuelles par d'autres personnes que leur partenaire [62].

Les facteurs de risque et de protection individuels et les actions préventives

Tentatives de suicide antérieures

Il existe un grand nombre de facteurs de risque et de protection individuels qui augmentent la probabilité qu'une personne développe des comportements suicidaires. D'abord, les personnes qui ont déjà fait une tentative de suicide sont à risque élevé de faire une nouvelle tentative de suicide dans l'avenir [63,64]. Cela s'explique par le fait que très souvent, les circonstances, les autres facteurs de risque et le manque de facteurs de protection qui caractérisent la période de la première tentative demeurent présents par la suite. Une deuxième explication est que tous n'ont pas la capacité de se tuer, et ce, malgré leur désir de le faire. Le fait que quelqu'un a commis une tentative est une indication que l'individu est capable de poser un geste pour se suicider [26]. Les recherches indiquent que les suivis post-tentatives – comme l'envoi de cartes postales, l'envoi régulier de brefs messages textes personnalisés, les initiatives de rencontre proactives des individus après qu'ils aient quitté l'hôpital, et les projets qui assurent une meilleure intégration des services pour l'individu dans la communauté – peuvent diminuer les taux de récurrence. Actuellement, au Québec, des projets pilotes utilisent un logiciel sur téléphone multifonction pour faire un suivi automatisé des personnes après une tentative de suicide [65].

Troubles mentaux et consommation d'alcool et de drogues

Dans les pays à revenu élevé, les recherches indiquent que jusqu'à 90 % des personnes qui se suicident peuvent être diagnostiquées comme ayant eu un trouble mental, incluant le trouble lié à l'abus de substances [66]. Cependant, ce chiffre semble plus faible dans certains pays d'Asie, où les recherches rapportent qu'autour de 60 % des personnes qui meurent par suicide ont un trouble mental [67]. Le plus souvent, il s'agit d'une dépression clinique, mais tous les troubles mentaux sont associés à un risque plus élevé de suicide. Même s'il y a une corrélation entre trouble mental et suicide, cela ne signifie pas que c'est le trouble mental qui « cause » les comportements suicidaires [68]. Ces personnes ont aussi de nombreux autres facteurs de risque individuels et sociaux de suicide qui sont associés au fait de vivre avec un trouble de santé mentale dans nos sociétés contemporaines. Par exemple, les personnes ayant un trouble mental sont plus susceptibles de cumuler des facteurs de risque, tels que le chômage, le manque de soutien social, le divorce ou la séparation, le fait de vivre seules, d'avoir un faible revenu et d'être marginalisées, ainsi que d'autres facteurs de risque mentionnés dans ce chapitre.

Le traitement efficace des troubles mentaux et des troubles liés à la consommation de substances peuvent diminuer le risque suicidaire. D'après l'analyse de Zalsman et ses collaborateurs, le traitement de la dépression par la psychothérapie et la pharmacothérapie est important. Mais, selon eux, les seuls médicaments avec preuves « démontrées » pour prévenir les suicides sont le lithium et la clozapine [27].

Information sur l'aide disponible et la façon de réagir aux idéations suicidaires d'un pair

Dans une méta-analyse, Zalsman et ses collaborateurs ont conclu que les recherches contrôlées randomisées indiquent que des programmes scolaires qui visent à informer les jeunes sur le suicide, à modifier leurs attitudes, à les informer sur la façon de réagir aux idéations suicidaires d'un pair et sur les ressources d'aide diminuent l'incidence de tentatives de suicide et les idéations suicidaires sérieuses [27]. L'OMS recommande pour sa part l'inclusion de programmes scolaires pour adolescents et jeunes adultes dans les stratégies nationales de prévention du suicide et la majorité de pays avec un programme national en prévention du suicide ont des programmes scolaires spécifiques en prévention du suicide.

Facteurs qui aident à identifier les personnes vulnérables à cibler

Plusieurs facteurs de risque associés au suicide nous permettent d'identifier les populations plus vulnérables pour lesquelles des programmes préventifs peuvent être élaborés. Premièrement, les pertes sont souvent des événements déclencheurs d'une crise suicidaire chez les personnes vulnérables. Une perte d'emploi [69], des problèmes financiers [70,71], des pertes d'habiletés physiques et les deuils suite à un décès sont tous liés à un risque élevé de suicide. Deuxièmement, les personnes dont un membre de la famille s'est suicidé sont plus à risque d'avoir des idéations suicidaires, de faire des tentatives et de mourir par suicide [72]. Une personne qui subit le décès par suicide d'un proche a plus de risque d'imiter ce geste dans une situation difficile. Troisièmement, même s'il n'existe aucun facteur génétique ou biologique directement associé au suicide, des recherches en génétique et en biologie indiquent qu'il y a des liens avec certains facteurs de vulnérabilité qui peuvent augmenter le risque suicidaire, tels que les troubles de l'humeur, la schizophrénie, les troubles de la personnalité et l'impulsivité. Ces recherches suggèrent une approche épigénétique, selon laquelle les facteurs de risque biologiques et génétiques augmentent le risque suicidaire seulement si l'individu a été exposé à des événements traumatiques, tels que les mauvais traitements et la négligence, habituellement à un jeune âge [73,74].

Malgré les facteurs énumérés ci-dessus, il est important de noter que puisque l'incidence du suicide reste très petite dans la population des personnes plus à risque, des questions éthiques importantes demeurent sur la valeur de l'utilisation de ces recherches pour identifier des personnes à risque. Si peu de personnes ainsi identifiées vont éventuellement avoir les comportements suicidaires, il y a le risque de cibler et de stigmatiser inutilement un grand nombre de personnes, ou même de déclencher des idéations suicidaires par des communications concernant leur risque suicidaire potentiel [22].

Les défis en prévention du suicide dans les communautés autochtones

En général, les taux de suicide dans les communautés autochtones sont beaucoup plus élevés que dans le reste du Canada, notamment chez les jeunes qui représentent le groupe d'âge le plus à risque [18,75]. Le suicide est associé à un grand nombre de facteurs de risque présents dans les communautés autochtones; ceux-ci incluent les traumatismes historiques associés au colonialisme, les écoles résidentielles et les relocalisations, la détresse associée aux logements surpeuplés, l'impact des nombreux suicides sur la population, les problèmes de mauvais traitements et de négligence dans l'enfance, les troubles mentaux, l'isolement et le manque d'espoir [18]. Inversement, ces communautés ont aussi de nombreuses forces potentielles qui peuvent devenir de puissants facteurs de protection : la continuité culturelle, la force du soutien familial et de la communauté, le potentiel d'activités pour développer davantage l'intégration sociale, et les bonnes stratégies d'adaptation pour faire face aux difficultés et événements stressants [76]. Les stratégies qui visent l'augmentation des facteurs de protection spécifiques aux Autochtones en combinaison avec des actions visant à diminuer les facteurs de risque, telles que décrites dans la *Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits*, semblent prometteuses en milieu autochtone [18].

Comprendre le suicide et les facteurs de risque

Le suicide est un événement relativement rare. Tous les facteurs de risque et de protection énumérés précédemment sont observés dans un pourcentage important de la population. Même les facteurs de risque qui multiplient par dix le risque de suicide, comme un diagnostic de dépression clinique, expliquent seulement un faible pourcentage de la variance des suicides. Ainsi, seul un petit pourcentage des personnes ayant une dépression clinique vont se suicider. Par conséquent, les chercheurs en suicidologie concluent que pour déterminer le risque suicidaire, il faut évaluer un grand nombre de facteurs de risque et de protection [1]. Des personnes qui cumulent d'importants facteurs de risque peuvent être à faible risque suicidaire, à cause de la présence de puissants facteurs de protection. Cela fait en sorte que la prédiction des comportements suicidaires est quasi impossible au niveau individuel.

Malgré cette mise en garde, il faut reconnaître que des indicateurs de dangerosité sont souvent présents dans le cas d'une personne qui risque de faire une tentative de suicide dans les prochains jours ou les prochaines semaines, et ce risque peut être évalué. On peut identifier des personnes à risque d'un passage à l'acte quand ces personnes indiquent qu'elles ont planifié leur suicide, qu'elles ont l'intention de se suicider et qu'elles disposent d'un moyen accessible. Le danger augmente encore lorsqu'il y a une combinaison de facteurs qui peuvent compromettre l'habileté de ces personnes à prendre des décisions réfléchies, tels que l'impulsivité, la consommation de drogues et d'alcool, la présence d'un trouble de santé mentale, un grand désespoir, ainsi qu'un manque de connaissances et d'utilisation des ressources et du soutien disponible. Certaines initiatives en prévention du suicide sont développées pour agir sur ces facteurs et éviter le passage à l'acte.

Initiatives québécoises prometteuses

Entre 1999 et 2011, la diminution annuelle du taux de suicide au Québec a été tellement impressionnante, en comparaison avec les changements des taux ailleurs dans le monde, qu'on peut présumer que certaines actions préventives mises en œuvre ont causé cette réduction du suicide. En effet, les diminutions annuelles des taux de suicide ont eu lieu dans une période de développement rapide de diverses actions au Québec en ce qui a trait à la prévention du suicide : une offre de services par les centres de prévention du suicide; une présence accrue des messages sur l'aide disponible diffusés lors de la Journée mondiale et de la Semaine nationale de prévention du suicide par l'Association québécoise de prévention du suicide et d'autres organismes; une amélioration dans l'organisation des soins et services pour les troubles mentaux; l'établissement d'un numéro de téléphone sans frais pour l'aide aux personnes suicidaires; le développement d'un guide de bonnes pratiques en prévention du suicide; la formation d'intervenants; ainsi que plusieurs initiatives locales inspirées de la Stratégie québécoise d'action face au suicide de 1998. Diverses actions ont contribué à diminuer les suicides, et possiblement à modifier la « norme » au Québec où le suicide était perçu comme un moyen d'arrêter la souffrance, plutôt que comme un choix inacceptable compte tenu de l'aide disponible. Cependant, le taux de suicide étant influencé par tellement de facteurs de risque et de protection, et considérant les nombreux changements survenus au Québec (implantation de programmes, politiques, changements sociaux et interventions), il est impossible d'identifier précisément ce qui a entraîné les diminutions du suicide au Québec. Depuis la mise en œuvre de la Stratégie québécoise d'action face au suicide en 1998, de nombreux intervenants ont été formés pour intervenir auprès d'une personne suicidaire et, en 2010, on a produit et disséminé le *Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux* [77] dans toutes les régions, et plus de 30 000 intervenants ont reçu des formations développées par l'Association québécoise de prévention du suicide.

Une des forces au Québec est l'existence de centres de prévention du suicide dans toutes les régions qui, en plus d'offrir des services d'aide téléphonique aux personnes suicidaires et à leur entourage, offrent de la formation de sentinelles et d'intervenants de leur région, et agissent au niveau régional comme catalyseurs des initiatives en prévention du suicide. Un grand nombre de programmes créatifs locaux ont inspiré des actions dans d'autres régions du Québec. Par exemple, le protocole MARCO [78], qui établissait des ententes de collaboration entre les hôpitaux, les centres de prévention du suicide et les autres organismes

communautaires dans le but d'offrir un suivi concerté des personnes après une hospitalisation pour une tentative de suicide, a inspiré des programmes de suivi étroit dans plusieurs régions du Québec.

De nouveaux défis pour la prévention du suicide au Québec

À l'heure actuelle, un défi important en prévention du suicide au Québec est d'adapter l'offre de services à l'ère numérique. Aujourd'hui, l'information et l'aide sont recherchées sur Internet, notamment avec les téléphones cellulaires multifonctions, et une réponse immédiate aux questions est attendue. Les services doivent rapidement s'adapter à cette réalité. Par ailleurs, la télémédecine pour les soins en santé mentale est peu développée au Québec. Les centres de prévention du suicide continuent à mettre l'accent sur les services téléphoniques, alors que les outils informatisés pour aider les personnes suicidaires demeurent peu disponibles. En l'absence d'orientation quant à l'utilisation d'outils Web dans les services en prévention du suicide au Québec, les personnes suicidaires trouvent souvent d'autres sources d'information et d'aide qui ne sont pas adaptées à la réalité des services disponibles dans les communautés québécoises. Sans compter que, trop souvent, au lieu de trouver de l'aide, les personnes vulnérables obtiennent de l'information peu fiable ou tombent sur des sites qui encouragent le suicide. La technologie et les comportements d'utilisation des nouvelles technologies changent très rapidement, de sorte qu'il est aujourd'hui nécessaire non seulement de modifier nos pratiques d'aide actuelles, mais aussi de continuer à adapter les services aux changements et aux préférences de la population.

Depuis quatre décennies, il s'est développé une grande expertise en prévention du suicide au Québec. Des formations accréditées pour intervenants et sentinelles, un réseau de Centres de prévention du suicide couvrant toutes les régions, des recherches reconnues à l'échelle internationale en suicidologie, qui incluent des évaluations scientifiques des meilleures pratiques en prévention et intervention, des recherches pour comprendre le rôle de la génétique, la biologie et les aspects psychosociaux du suicide, ont contribué au développement de cette expertise. Plusieurs chercheurs étudient l'utilisation des nouvelles technologies en prévention du suicide. Le Québec exporte ses connaissances en recherche et en pratiques de prévention du suicide dans de nombreux pays.

Dans le contexte où on observe que la diminution des taux de suicide au Québec a ralenti, les intervenants, les planificateurs et les chercheurs concernés par la prévention du suicide font face au défi d'élaborer des actions novatrices qui vont contribuer à susciter de nouveau des réductions annuelles importantes des taux de suicide. De plus, les différentes organisations et les individus qui œuvrent en prévention du suicide doivent s'adapter à la réalité de l'expansion rapide de l'utilisation des nouvelles technologies pour offrir de l'aide.

La diminution du taux de suicide observée au Québec pourrait laisser croire que le problème n'est plus important. Or, il ne faut pas perdre de vue que cette diminution est le fruit d'efforts concertés déployés par de nombreuses organisations. C'est pourquoi les experts en prévention du suicide préconisent que pour ne pas perdre les acquis et continuer à faire des progrès, il est important de maintenir et même d'intensifier les investissements dans le domaine de la prévention du suicide.

Encadré 1 – Exemples d'initiatives québécoises

Programme de prévention du suicide du Service de police de la Ville de Montréal qui a sauvé des vies [79]

En 1997, le Service de police de la Ville de Montréal a mis sur pied un programme pour prévenir les suicides des membres du service de la police. Le programme original comprenait une demi-journée de formation sur le suicide pour tous les policiers, une formation d'une journée pour les superviseurs et les représentants syndicaux, la mise sur pied d'un service d'aide téléphonique fourni pour les policiers et les policières bénévoles, et une campagne publicitaire de sensibilisation et de promotion de la prévention du suicide. Le programme a été créé par un comité paritaire des représentants syndicaux et des gestionnaires du Service de police, avec le soutien des psychologues qui travaillent pour le Service de police, ainsi que plusieurs consultants. Tous les 4 178 membres du Service de police ont participé au programme. La campagne de promotion et les activités de formation avaient comme objectif de promouvoir l'utilisation des ressources existantes et l'importance de la solidarité en matière de prévention du suicide. Les programmes ont été adaptés à la culture propre et à l'environnement de travail. Pendant les 11 années avant le début du programme, de 1986 à 1996, le taux de suicide des policiers de Montréal était légèrement plus élevé que celui des autres policiers de la province, soit 30,5 par 100 000 par année à Montréal, contre 26,0 par 100 000 pour les autres. Pendant les 12 années qui ont suivi la mise en œuvre du programme à Montréal, de 1997 à 2008, le taux de suicide des policiers à Montréal a diminué de 78,9 % pour atteindre 6,42 par 100 000 par année. Pendant la même période, les autres policiers au Québec qui n'ont pas bénéficié de ce programme ont vu leur taux de suicide augmenter de 11,4 % pour atteindre 29,0 pour 100 000; les différences entre les changements de taux à Montréal et les autres policiers de la province sont significatives ($p < 0,007$) [79]. Depuis 2009, le Service de police de la Ville de Montréal a continué à améliorer le programme et à assurer son implantation pour l'ensemble des membres du service. Ce programme a été cité par l'Organisation mondiale de la santé comme l'un des meilleurs exemples d'un programme efficace de prévention du suicide en milieu de travail [1]. Ce programme a également servi comme modèle pour d'autres programmes à la Gendarmerie royale du Canada et pour d'autres services de police au Canada et ailleurs dans le monde.

Suivi avec un logiciel personnalisé de téléphone intelligent des personnes ayant fait une tentative de suicide [65,80]

Les recherches indiquent que les personnes qui ont fait une tentative de suicide constituent l'un des groupes les plus à risque de faire une autre tentative et de mourir par suicide [1]. De nombreuses recherches rapportent qu'un suivi après que la personne quitte l'hôpital – même des suivis simples par cartes postales, messages textes ou brefs appels téléphoniques – peut diminuer l'incidence de récurrence. Au Québec, Labelle, Bibaud-De Serre et Leblanc ont développé une méthode novatrice d'aide aux personnes souffrant de dépression et qui ont fait une tentative de suicide, par la mise sur pied d'une application pour iPhone nommée @Psy Assistance, ayant trois objectifs : 1) informer la personne des ressources disponibles; 2) augmenter l'appropriation du pouvoir (*empowerment*) par l'autogestion des problèmes avec un moniteur de ses propres émotions, des suggestions d'activités, la restructuration cognitive et la résolution de problèmes; et 3) assurer la sécurité de la personne par plusieurs moyens : information sur les signes de danger, les stratégies d'adaptation et le soutien personnel et professionnel disponible faisant partie d'un plan de protection, possibilité de géolocalisation dans une situation d'urgence, et appels automatisés envoyés aux personnes en mesure d'apporter de l'aide en situation de crise [65]. Actuellement, cette application mobile est utilisée par les personnes déprimées qui quittent l'hôpital après une tentative de suicide. Une évaluation scientifique des effets est en cours.

Collaborations pour assurer le suivi étroit des personnes à risque suicidaire (Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent) [81]

Le rapport du comité d'experts sur l'organisation des soins en santé mentale recommande le développement d'un suivi étroit intégré dans les communautés pour les personnes qui sont et qui ont été en danger grave de passage à l'acte suicidaire [82]. Le suivi étroit, selon le guide des bonnes pratiques en prévention du suicide [77], est une mesure qui vise à s'assurer qu'une personne qui quitte une organisation ayant effectué la gestion de sa crise suicidaire doit avoir accès à un suivi rapide et intensif. Plusieurs régions du Québec ont implanté des services de suivi étroit pour la clientèle à potentiel suicidaire élevé.

Par exemple, la région du Bas-Saint-Laurent a développé un modèle régional de suivi étroit qui a été évalué en 2008 [81]. Ce projet a inclus une formation des médecins susceptibles de référer aux services de suivi étroit intégré, les ententes entre différents organismes de la région en santé mentale et en prévention du suicide, et la formation des intervenants pour effectuer le suivi. Cela a impliqué le développement de nombreux protocoles cliniques et ententes entre les services de la région. L'évaluation a démontré un consensus parmi les gestionnaires et les intervenants désignés quant à la compréhension du suivi étroit, ainsi qu'à la pertinence et l'efficacité de ce suivi. Le premier contact est effectué dans un délai prévu de 72 heures entre le moment où la personne donne son accord pour le suivi et la prise de contact pour prendre rendez-vous avec l'intervenant. Ce programme a assuré que les références aux différents services, incluant les centres de prévention du suicide et autres organismes communautaires, sont toujours acceptées et priorisées. Les médecins et les intervenants se disent satisfaits du suivi étroit, et ce programme semble bien répondre aux besoins de la population. Les services de suivi étroit sont basés sur les meilleures pratiques recommandées par l'Organisation mondiale de la santé [1] et, avec l'implantation de tels services de suivi étroit dans différentes régions du Québec, le potentiel est grand de diminuer la récurrence, les tentatives de suicide et les décès par suicide des personnes vulnérables.

En amont de la prévention du suicide : un nouveau programme québécois pour apprendre aux enfants à l'école primaire des stratégies d'adaptation (Passeport : S'équiper pour la vie)

www.passeportsequiperpouurlavie.ca/language/fr/accueil

Le suicide est souvent considéré comme une stratégie d'adaptation utilisée par une personne qui souffre énormément, et qui ne conçoit pas d'autres stratégies d'adaptation permettant de diminuer sa souffrance et d'améliorer sa situation. Des recherches indiquent que les personnes qui font des tentatives de suicide ont un moins grand répertoire de stratégies d'adaptation pour faire face aux problèmes de leur vie, et ont souvent tendance à utiliser des stratégies peu efficaces [83]. Cette observation suggère que si on était en mesure d'augmenter le répertoire de stratégies d'adaptation efficaces des individus, ces derniers seraient moins à risque de recourir aux comportements suicidaires lors de situation de crise et pour diminuer leur souffrance. « Passeport : S'équiper pour la vie » est un nouveau programme développé au Québec grâce à une subvention de l'Agence de la santé publique du Canada, qui vise à aider les enfants de 9 à 11 ans à augmenter leur répertoire de stratégies d'adaptation efficaces. Ce programme, animé par les enseignants à l'école, comprend diverses activités et jeux amusants dans lesquels les enfants apprennent à identifier et à communiquer leurs émotions, à trouver de nouvelles stratégies d'adaptation qu'ils peuvent utiliser dans différentes situations, ainsi qu'à évaluer eux-mêmes l'efficacité de ces stratégies pour les aider à se sentir mieux et améliorer les situations problématiques. Les recherches indiquent qu'en comparaison avec un groupe témoin, les enfants qui participent à ce programme utilisent davantage de stratégies d'adaptation, ont une plus grande intelligence émotionnelle, et adoptent plus de comportements favorisant la réussite scolaire. En plus de ces bénéfices à court terme, il est possible de croire que lorsque ces enfants deviendront adolescents, puis adultes, ils continueront à avoir un plus grand répertoire de stratégies d'adaptation efficaces, et seront par conséquent moins à risque d'avoir recours aux comportements suicidaires lorsqu'ils seront aux prises avec des difficultés. Ce type de programme est en cohérence avec les efforts déployés au Québec pour offrir une approche globale de la santé en contexte scolaire.

Références

- [1] Organisation mondiale de la santé. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. [En ligne]. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2014. Disponible sur : http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/
- [2] Ministère de la Santé et des Services sociaux. Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie. [En ligne]. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998. Disponible sur : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/1997/97_237.pdf
- [3] Freud S. Deuil et mélancolie. Paris : Éditions Payot & Rivages, 2011.
- [4] Menninger K. (éd.). *Man Against Himself*. New York : Harcourt, Brace and World, 1938.
- [5] Kiriakidis S. P. « Bullying and suicide attempts among adolescents kept in custody ». *Crisis* [En ligne]. 2008. Vol. 29, n°4, p. 216–218. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1027/0227-5910.29.4.216>
- [6] Wobeser W. L. et collab. « Causes of death among people in custody in Ontario, 1990-1999 ». *Cmaj*. 2002. Vol. 167, n°10, p. 1109–1113.
- [7] Roy A. et collab. « Comparisons of prisoners who make or do not make suicide attempts and further who make one or multiple attempts ». *Arch Suicide Res* [En ligne]. 2014. Vol. 18, n°1, p. 28–38. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1080/13811118.2013.801816>
- [8] Sarchiapone M. et collab. « Risk factors for attempting suicide in prisoners ». *Suicide Life. Threat. Behav.* 2009. Vol. 39, n°3, p. 343–350.
- [9] Encrenaz G. et collab. « Inmate-to-inmate violence as a marker of suicide attempt risk during imprisonment ». *J Forensic Leg Med* [En ligne]. 2014. Vol. 22, p. 20–25. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1016/j.jflm.2013.11.009>
- [10] Roe-Sepowitz D. « Characteristics and predictors of self-mutilation: a study of incarcerated women ». *Crim Behav Ment Health* [En ligne]. 2007. Vol. 17, n°5, p. 312–321. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1002/cbm.665>
- [11] Dufort M., Stenbacka M., Gumpert C. H. « Physical domestic violence exposure is highly associated with suicidal attempts in both women and men. Results from the national public health survey in Sweden ». *Eur J Public Health* [En ligne]. 2015. Vol. 25, n°3, p. 413–418. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1093/eurpub/cku198>
- [12] Hoertel N. et collab. « Childhood maltreatment and risk of suicide attempt: a nationally representative study ». *J Clin Psychiatry* [En ligne]. 2015. Vol. 76, n°7, p. 916–923. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.4088/JCP.14m09420>
- [13] Thibodeau L., Perron P.-A. La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2014 – Mise à jour. [En ligne]. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2017. Disponible sur : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2216_mortalite_suicide_2017_0.pdf
- [14] Statistique Canada. « Suicides et taux de suicide selon le sexe et l'âge ». In : *Stat. Can.* [En ligne]. 2015. Disponible sur : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/02/cst01/hlth66d-fra.htm>
- [15] Burrows S. et collab. « Suicide mortality gap between Francophones and Anglophones of Quebec, Canada ». *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* [En ligne]. Juillet 2013. Vol. 48, n°7, p. 1125–1132. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0637-z>
- [16] Allard Y. E., Wilkins R., Berthelot J.-M. Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Ottawa : Statistique Canada, 2004. (Rapports sur la santé vol. 15 no 1).
- [17] Kirmayer L. J. et collab. *Suicide Among Aboriginal People in Canada*. [En ligne]. Ottawa, Ontario, Canada : Aboriginal Healing Foundation, 2007. Disponible sur : <http://www.gitpa.org/Autochtone%20GITPA%20300/gitpa%20300-19-rapportAHF.pdfEn>
- [18] Inuit Tapiriit Kanatami. *National Inuit suicide prevention strategy*. Canada : Inuit Tapiriit Kanatami, 2016.
- [19] Oliver L. N., Peters P. A., Kohen D. E. Mortality rates among children and teenagers living in Inuit Nunangat, 1994 to 2008. Ottawa : Statistique Canada, 2012. (Health Reports vol. 23 no 3).
- [20] Camirand H., Traoré H. I., Bauline J. L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015: pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition. Québec : Institut de la statistique du Québec, 2016.
- [21] Institut de la statistique du Québec. Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2). Québec : Institut de la statistique du Québec, 2010.
- [22] Mishara B. L., Weisstub D. N. « Ethical and legal issues in suicide research ». *Int. J. Law Psychiatry*. 2005. Vol. 28, n°1, p. 23–41.
- [23] Mishara B. L. « Suicide in Adulthood ». In : P.Gullotta T, Bloom M (éd.). *Encycl. Prim. Prev. Health Promot.* New York, NY : Kluwer Academic /Plenum Publications, 2014. p. 1848–1862.
- [24] Mishara B. L. « Suicide in Older Adults ». In : P.Gullotta T, Bloom M (éd.). *Encycl. Prim. Prev. Health Promot.* New York, NY : Kluwer Academic /Plenum Publications, 2014. p. 2114–2126.
- [25] Mishara B. L., Cardinal C. « Suicide/Self-Harm ». In : Pike I et collab. (éd.). *Inj. Prev. Resour. Evid.-Inf. Guide* Inj. Prev. Can. Toronto, Ontario : Parachute, 2015. p. 409–421.
- [26] Mishara B. L., Tousignant M. *Comprendre le suicide*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 2004. (Paramètres).
- [27] Zalsman G. et collab. « Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review ». *Lancet Psychiatry*. 2016. Vol. 3, n°7, p. 646–659.

- [28] Hom M. A., Stanley I. H., Joiner T. E. « Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: A review of the literature ». *Clin. Psychol. Rev.* [En ligne]. août 2015. Vol. 40, p. 28-39. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.006>
- [29] Reynders A. et collab. « Help-seeking, stigma and attitudes of people with and without a suicidal past. A comparison between a low and a high suicide rate country ». *J. Affect. Disord.* [En ligne]. 1 juin 2015. Vol. 178, p. 5-11. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.013>
- [30] Liu R. T. et collab. « Sociodemographic predictors of suicide means in a population-based surveillance system: Findings from the National Violent Death Reporting System ». *J. Affect. Disord.* [En ligne]. 1 novembre 2013. Vol. 151, n°2, p. 449-454. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.023>
- [31] Stack S., Wasserman I. « Race and method of suicide: culture and opportunity ». *Arch. Suicide Res. Off. J. Int. Acad. Suicide Res.* [En ligne]. 2005. Vol. 9, n°1, p. 57-68. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/13811110590512949>
- [32] Sohn K. « The trend in suicide methods in South Korea in 1997–2015 ». *Death Stud.* [En ligne]. 28 mai 2017. Vol. 41, n°5, p. 303-310. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1271837>
- [33] Yoshioka E., Saijo Y., Kawachi I. « An analysis of secular trends in method-specific suicides in Japan, 1950–1975 ». *Popul. Health Metr.* [En ligne]. 2017. Vol. 15, . Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/s12963-017-0131-7> (consulté le 20 décembre 2017)
- [34] Curtin S. C., Warner M., Hedegaard H. « Increase in suicide in the United States, 1999-2014 ». *NCHS Data Brief.* Avril 2016. n°241, p. 1-8.
- [35] Hassamal S. et collab. « A Brief Analysis of Suicide Methods and Trends in Virginia from 2003 to 2012 ». *BioMed Res. Int.* [En ligne]. 2015. Disponible sur : <https://doi.org/10.1155/2015/104036> (consulté le 20 décembre 2017)
- [36] Du Roscoät E., Beck F. « Efficient interventions on suicide prevention: a literature review ». *Rev. Dépidémiologie Santé Publique* [En ligne]. Août 2013. Vol. 61, n°4, p. 363-374. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/i.respe.2013.01.099>
- [37] Gunnell D. et collab. « Prevention of suicide with regulations aimed at restricting access to highly hazardous pesticides: a systematic review of the international evidence ». *Lancet Glob. Health* [En ligne]. octobre 2017. Vol. 5, n°10, p. e1026-e1037. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30299-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30299-1)
- [38] Borges G. et collab. « A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt ». *Psychol. Med.* [En ligne]. Avril 2017. Vol. 47, n°5, p. 949-957. Disponible sur : <https://doi.org/10.1017/S0033291716002841>
- [39] Desjardins S. Les coûts de l'abus des substances au Québec. Québec : Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1996.
- [40] Zouk H. et collab. « Characterization of impulsivity in suicide completers: Clinical, behavioral and psychosocial dimensions ». *J. Affect. Disord.* 2006. Vol. 92, n°2-3, p. 195–204.
- [41] Pridemore W. A., Chamlin M. B., Andreev E. « Reduction in male suicide mortality following the 2006 Russian alcohol policy: an interrupted time series analysis ». *Am. J. Public Health* [En ligne]. Novembre 2013. Vol. 103, n°11, p. 2021-2026. Disponible sur : <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301405>
- [42] Zupanc T. et collab. « Reduced blood alcohol concentration in suicide victims in response to a new national alcohol policy in slovenia ». *Eur. Addict. Res.* [En ligne]. 2013. Vol. 19, n°1, p. 7-12. Disponible sur : <https://doi.org/10.1159/000338639>
- [43] Chesnais J.-C. « Homicide and suicide in the industrial world: the Russian case ». *Popul. Engl. Sel.* 2000. Vol. 12, p. 331–334.
- [44] Association québécoise de prévention du suicide. « Site web de l'Association québécoise de prévention du suicide ». In : Assoc. Québécoise Prév. Suicide [En ligne]. Disponible sur : <http://www.aqps.info/> (consulté le 21 décembre 2017)
- [45] Canadian association for suicide prevention. « Media Guidelines ». In : Can. Assoc. Suicide Prev. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.suicideprevention.ca/understanding/for-media/> (consulté le 21 décembre 2017)
- [46] Ji N. J. et collab. « The impact of indiscriminate media coverage of a celebrity suicide on a society with a high suicide rate: Epidemiological findings on copycat suicides from South Korea ». *J. Affect. Disord.* [En ligne]. 2014. Vol. 156, p. 56–61. Disponible sur : <https://doi.org/doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.015>
- [47] Suh S., Chang Y., Kim N. « Quantitative exponential modelling of copycat suicides: association with mass media effect ». *South Korea Epidemiol. Psychiatr. Sci.* [En ligne]. 2014. Vol. 24, n°2, p. 150–157. Disponible sur : <https://doi.org/10.1017/s204579601400002x>
- [48] Ueda M., Mori K., Matsubayashi T. « The effects of media reports of suicides by well-known figures between 1989 and 2010 in Japan ». *Int. J. Epidemiol.* [En ligne]. 2014. Vol. 43, n°2, p. 623–629. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1093/ije/dyu056>
- [49] Jobes D. A. et collab. « The Kurt Cobain suicide crisis: Perspectives from research, public health, and the news media ». *Suicide Life Threat. Behav.* 1996. Vol. 26, n°3, p. 260–271.
- [50] Niederkrotenthaler T., Sonneck G. « Assessing the impact of media guidelines for reporting on suicides in Austria: interrupted time series analysis ». *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* 2007. Vol. 41, n°5, p. 419–428.
- [51] Mishara B. L., Kerkhof A. J. F. M. (éd.). *Suicide Prevention and New Technologies: Evidence Based Practice.* New York, NY : Palgrave Macmillan, 2013.
- [52] Mishara B. L., Weisstub D. N. « Ethical, legal, and practical issues in the control and regulation of suicide promotion and assistance over the Internet ». *Suicide Life. Threat. Behav.* 2007. Vol. 37, n°1, p. 58–65.

- [53] Berrouiguet S. et collab. « SIAM (Suicide intervention assisted by messages): the development of a post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention ». *BMC Psychiatry* [En ligne]. 18 novembre 2014. Vol. 14, p. 294. Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0294-8>
- [54] Larsen M. E., Nicholas J., Christensen H. « A systematic assessment of smartphone tools for suicide prevention ». *PloS One* [En ligne]. 2016. Vol. 11, n°4, p. e0152285. Disponible sur : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152285>
- [55] Mokkenstorm J. K. et collab. « Evaluation of the 113Online suicide prevention crisis Chat service: outcomes, helper behaviors and comparison to telephone hotlines ». *Suicide Life. Threat. Behav.* [En ligne]. Juin 2017. Vol. 47, n°3, p. 282-296. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/sltb.12286>
- [56] Predmore Z. et collab. « Expanding Suicide Crisis Services to Text and Chat ». 2017. Disponible sur : https://www.rand.org/pubs/external_publications/EP67179.html (consulté le 20 décembre 2017)
- [57] Jeon H. J. et collab. « Childhood trauma, parental death, and their co-occurrence in relation to current suicidality risk in adults: a nationwide community sample of Korea ». *J. Nerv. Ment. Dis.* [En ligne]. Décembre 2014. Vol. 202, n°12, p. 870-876. Disponible sur : <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000217>
- [58] Tunnard C. et collab. « The impact of childhood adversity on suicidality and clinical course in treatment-resistant depression ». *J. Affect. Disord.* [En ligne]. 2014. Vol. 152, n°154, p. 122-130. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1016/j.jad.2013.06.037>
- [59] Bellerose C. et collab. *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993.* Montréal : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995.
- [60] Devries K. M. et collab. « Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies ». *PLoS Med.* [En ligne]. 2013. Vol. 10, n°5, p. e1001439. Disponible sur : <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001439>
- [61] McLaughlin J., O'Carroll R. E., O'Connor R. C. « Intimate partner abuse and suicidality: a systematic review ». *Clin. Psychol. Rev.* [En ligne]. Décembre 2012. Vol. 32, n°8, p. 677-689. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.08.002>
- [62] World Health Organization. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.* [En ligne]. Genève : World Health Organization, 2013. Disponible sur : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>
- [63] Beghi M., Rosenbaum J. F. « Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempt: a critical appraisal ». *Curr. Opin. Psychiatry* [En ligne]. Juillet 2010. Vol. 23, n°4, p. 349-355. Disponible sur : <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32833ad783>
- [64] Bostwick J. M. et collab. « Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: even more lethal than we knew ». *Am. J. Psychiatry* [En ligne]. 1 novembre 2016. Vol. 173, n°11, p. 1094-1100. Disponible sur : <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15070854>
- [65] Labelle R., Bibaud-De Serres A., Leblanc F. O. « Innovating to Treat Depression and Prevent Suicide: The iPhone@ PSY ASSISTANCE Application ». In : Mishara BL, Kerkhof AJFM (éd.). *Suicide Prev. New Technol.* Palgrave Macmillan UK, 2013. p. 166-180.
- [66] Suominen K. et collab. « Mental disorders and comorbidity in attempted suicide ». *Acta Psychiatr. Scand.* Octobre 1996. Vol. 94, n°4, p. 234-240.
- [67] Vijayakumar L. « Suicide and mental disorders in Asia ». *Int. Rev. Psychiatry.* 2005. Vol. 17, n°2, p. 109-114.
- [68] Mishara B. L., Chagnon F. « Why Mental Illness is a Risk Factor for Suicide ». In : O'Connor R, Pirkis J (éd.). *Int. Handb. Suicide Prev.* Chichester : Wiley Blackwell, 2016. p. 594-608.
- [69] Steele I. H. et collab. « Understanding suicide across the lifespan: a United States perspective of suicide risk factors, assessment and management ». *J. Forensic Sci.* [En ligne]. 21 juin 2017. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/1556-4029.13519>
- [70] Rojas Y., Stenberg S.-Å. « Evictions and suicide: a follow-up study of almost 22 000 Swedish households in the wake of the global financial crisis ». *J Epidemiol Community Health* [En ligne]. 4 novembre 2015. p. jech-2015-206419. Disponible sur : <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206419>
- [71] Wang Y. et collab. « A population-based longitudinal study of recent stressful life events as risk factors for suicidal behavior in major depressive disorder ». *Arch. Suicide Res. Off. J. Int. Acad. Suicide Res.* [En ligne]. 2015. Vol. 19, n°2, p. 202-217. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/13811118.2014.957448>
- [72] Jordan J. R., McIntosh J. L. *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors.* New York, NY : Taylor and Francis Group, 2011.
- [73] Kaminsky Z. et collab. « Epigenetic and genetic variation at SKA2 predict suicidal behavior and post-traumatic stress disorder ». *Transl Psychiatry* [En ligne]. 2015. Vol. 5, n°627. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1038/tp.2015.105>
- [74] Labonte B. et collab. « Differential glucocorticoid receptor exon 1(B), 1(C), and 1(H) expression and methylation in suicide completers with a history of childhood abuse ». *Biol Psychiatry* [En ligne]. 2012. Vol. 72, n°1, p. 41-48. Disponible sur : <https://doi.org/doi:10.1016/j.biopsych.2012.01.034>
- [75] Nelson S. E., Wilson K. « The mental health of Indigenous peoples in Canada: A critical review of research ». *Soc. Sci. Med.* 1982 [En ligne]. Mars 2017. Vol. 176, p. 93-112. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.021>

- [76] Fraser S. L. et collab. « Changing rates of suicide ideation and attempts among Inuit youth: a gender-based analysis of risk and protective factors ». *Suicide Life. Threat. Behav.* [En ligne]. Avril 2015. Vol. 45, n°2, p. 141-156. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/sltb.12122>
- [77] Lane J. et collab. Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux. [En ligne]. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010. Disponible sur : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/43118a0f56baf72d852577a8004d2b36>
- [78] Houle J., Poulin C., Van Nieuwenhuysse H. Vers une meilleure continuité de services pour les personnes suicidaires : Évaluation d'implantation du protocole MARCO. Montréal : Agence de la santé et de services sociaux de Montréal, 2006.
- [79] Mishara B. L., Martin N. « Effects of a comprehensive police suicide prevention programme ». *Crisis J. Crisis Interv. Suicide Prev.* 2012. Vol. 33, n°3, p. 162-168.
- [80] Labelle R., Bibaud-De Serres A. « Development of a mobile phone application as an adjunct to suicide prevention and depression treatment ». *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* 2012. Vol. 60, n°5, p. 176.
- [81] Lapointe G., Bérubé N. Rapport d'évaluation de l'implantation et de la mise en œuvre d'un service de suivi étroit intégré dans la communauté pour les personnes présentant un risque suicidaire élevé - Région du Bas-Saint-Laurent. [En ligne]. Rimouski, Canada : Agence de la santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent, 2012. Disponible sur : http://www.agencesssbsl.gouv.qc.ca/Telechargements/Publications/2013/Rapport_devaluation_personne_presentant_risque_suicidaire.pdf
- [82] Gagné P. et collab. Rapport du Comité d'experts sur l'organisation des soins en santé mentale. [En ligne]. 2004. Disponible sur : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04_comite_experts_suicides.pdf
- [83] Spirito A., Overholser J., Stark L. J. « Common problems and coping strategies II: Findings with adolescent suicide attempters ». *J. Abnorm. Child Psychol.* 1989. Vol. 17, n°2, p. 213-221.